

Дубских А.О.^{1,2}, Ошурков П.А.², Филимонова П.А.^{1,2}, Герасимов М.В.¹, Горных К.А.^{1,2}, Тарханов А.А.¹, Шершевер А.С.^{1,2}

Случай хирургического лечения пациента с вторичным очагом поражения позвоночного столба (солитарной плазмочитомой Тh1), осложненной спондилолистезом С7 3 степени. Клинический случай

1 ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», 2 ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург

Dubskih A.O., Oshurkov P.A., Filimonova P.A., Gerasimov M.V., Gornyh K.A., Tarkhanov A.A., Shershever A.S.

Surgical treatment of patients with lesions of the spinal column (solitary plasmacytoma th1), with spondylolisthesis C7 (III). Clinical case

Резюме

В статье представлен клинический случай хирургического лечения пациента с вторичным очагом поражения позвоночного столба (солитарной плазмочитомой в теле Th1 позвонка), осложненной компрессионным переломом и спондилолистезом С7 3 степени. Для достижения условий радикального удаления объемного образования, а также устранения грубого листеза в заинтересованном сегменте позвоночника, оперативное лечение решено провести в три этапа. В послеоперационном периоде отмечен частичный регресс слабости в конечностях, регресс онемания, регресс болевого синдрома. Достигнуто адекватное анатомическое восстановление позвоночного столба с достаточной фиксацией нестабильного сегмента.

Ключевые слова: хирургия, позвоночник

Summary

The article presents a case report of surgical treatment of patients with secondary of the lesion of the spinal column (solitary plasmacytoma in the body of vertebrae Th1) complicated compression fracture and spondylolisthesis C7 3 degrees. In order to achieve the conditions of radical removal of the bulk of education, as well as the elimination of coarse listez in segment of the spine, surgery will be held in three stages. In the postoperative period marked by a partial regression of weakness in the limbs, numbness regression, regression of pain syndrome. Achieve adequate anatomical restoration of vertebral column with sufficient fixation of unstable segment.

Key words: surgery, spine

Введение

Нейрохирургия является одним из наиболее перспективных и бурно развивающихся направлений современной медицинской науки. Создаются и совершенствуются как клинические протоколы ведения ряда категорий пациентов, так и преумножаются технические и инструментальные возможности специалистов в этой области. В арсенале современного врача-нейрохирурга на сегодняшний день имеется весомый пул оперативных техник и методик, а также модификаций имплантов и биополимерных материалов, расширяющих возможности хирургического вмешательства.

При этом, тактика ведения и оперативные подходы

для ряда категорий пациентов по-прежнему остаются вне унифицированных протоколов и рекомендаций. В частности, это касается некоторых патологий, имеющих отношение к хирургии позвоночного столба. В этой связи в большинстве случаев при выборе тактического подхода к ведению пациента и определении объема и техники хирургического вмешательства во главу угла выносятся личный опыт, а также предпочтения оперирующего хирурга, что не может не оказывать как положительное, так и в ряде ситуаций негативное влияние на результат лечения. При этом, концентрация потока пациентов с метастатическим поражением позвоночного столба в крупных стационарах онкологического профиля и спорадические

случаи ведения указанных категорий пациента в прочих лечебных учреждениях, а как следствие и малый опыт большинства специалистов в настоящих вопросах, лишь обостряют проблему отсутствия единого тактического подхода. Исходя из вышеуказанного, представляется целесообразным описание и публикация отдельных клинических случаев, демонстрирующих используемые оперативные техники и достигнутые результаты лечения, для обмена опытом и последующей разработки эффективных алгоритмов лечебных мероприятий.

Сообщение о случае

Пациент А., 44 лет. Госпитализирован в нейрохирургическое отделение онкологического диспансера в плановом из амбулаторно-поликлинического звена.

На момент поступления предъявлял жалобы на боли в шейном, верхне-грудном отделах позвоночника, иррадиирующие в верхние конечности, слабость в верхних конечностях (IV-V пальцы рук), слабость в нижних конечностях. Болевой синдром носил постоянный ноющий характер, усиливался при вертикализации, а также при совершении любого объема движений в шейном отделе позвоночника, частично купировался приемом препаратов группы нестероидных противовоспалительных средств. Дебют заболевания приходится на декабрь 2014 г., когда выполняя работу, пациент допустил падение с высоты 2-х метров с последующим ударом, максимальной энергией приходящимся на верхнегрудной, шейный отделы позвоночника. В момент падения отметил возникновение болевого синдрома вышеуказанного характера и локализации с последующим прогрессированием симптоматики на протяжении времени. С момента травмы до настоящей госпитализации лечился консервативно у невролога по месту жительства, а также проходил курсы мануальной терапии – с незначительным эффектом. Обследован: выявлена опухоль и патологический перелом тела Th1 позвонка, спондилолистез 3 степени, стеноз позвоночного канала.

Неврологически – тетрапарез (выявлен дистальный верхний парализ 4 балла, нижний центральный парализ 4 балла).

Диагноз при поступлении: Литическая опухоль Th1 позвонка. Антелистез C7 позвонка 3 степени. Миелопатия (рис 1, 2).

Учитывая прогрессирующий неврологический дефицит, необходимость гистологической верификации процесса пациенту запланировано оперативное лечение в объеме: циркулярная резекция Th1, циркулярный спондилодез.

Пациент дообследован, подготовлен к оперативному вмешательству. На 6 сутки – оперативное лечение. Для достижения условий радикального удаления объемного образования, а также устранения грубого листеза в заинтересованном сегменте позвоночника, оперативное лечение решено провести в три этапа (последовательно, в течение суток).

Первый этап. Положение на животе с жесткой фиксации головы скобой Майнфилда. Выполнен срединный задний доступ на уровне C3-Th4, скелетированы дуги C5-Th3. Выполнены ламинэктомия C7, Th1, резекция фасеток, ножек позвонка Th1; радикулолиз Th1, C7. В бо-

ковые массы C5, C6, тела Th1-2 имплантированы винты (рис 3,4). Выполнено провизорное ушивание раны. Асептическая повязка.

Второй этап. По окончании проведения первого этапа оперативного вмешательства, силами координированных действий операционной бригады, пациент перевернут на спину, голова по-прежнему жестко фиксирована скобой Майнфилда. Выполнен доступ к передней поверхности C5-Th3 позвонков, визуализирована зона деструкции и спондилолистеза. Осуществлена резекция разрушенного опухоли тела Th1 позвонка, удалена передняя продольная связка, удалена зоны унковертебральных сочленений. По окончании вышеуказанных этапов оперативного вмешательства проведена репозиция антелистеза, установлен C7-Th2 межтеловой имплант, фиксирована вентральная пластина (рис. 5,6). Послойные швы на мягкие ткани и кожу, гемостаз по ходу операции, асептическая повязка.

Третий этап. Поворот на живот с жесткой фиксацией головы. Ревизия спинного мозга, подтверждена декомпрессия мозга и корешков, гемостаз. Выполнена фиксация на винтах с помощью стержней в положении лордоза, контроль гемостаза. Послойные швы на мягкие ткани и кожу, гемостаз по ходу операции, асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал спокойно, без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Активизация пациента на вторые сутки. В послеоперационном периоде отмечен регресс слабости в конечностях, регресс онемения, регресс болевого синдрома.

Гистологическое заключение: плазмоцитомы

Учитывая характер объемного образования согласно данным патоморфологических исследований, пациенту рекомендовано продолжить лечение под наблюдением гематолога по месту жительства. Рекомендовано проведение лучевой терапии на зону оперативного вмешательства (рекомендация радиолога СООД).

Выводы

1. Для адекватного устранения листеза 3-4 степени в заинтересованном сегменте позвоночника на шейном уровне на фоне литического поражения и перелома тела нижележащего позвонка, а также с целью достижения условий радикального удаления объемного образования, целесообразным можно считать выполнение трехэтапно-кооперативного вмешательства.

2. Применение скобы Майнфилда для жесткой фиксации головы пациента позволяет достигнуть условий максимальной репозиции выраженного листеза на шейном уровне позвоночника при сохранении целостности нервных структур.■

Дубских А.О., Ошурков П.А., Филимонова П.А., Герасимов М.В., Горных К.А., Тарханов А.А., Шершевцев А.С., ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Дубских Алексей Олегович. lens.leo@me.com

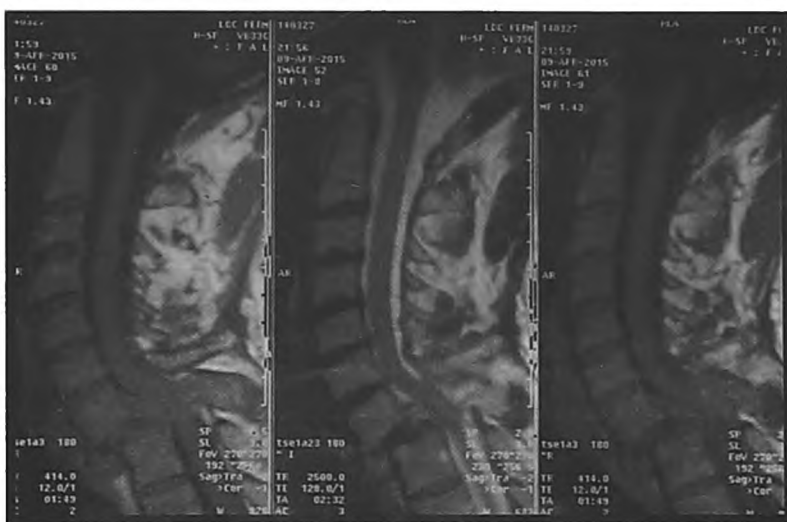


Рис. 1. МРТ шейного отдела позвоночника при поступлении. Сагиттальные срезы. Демонстрация перелома Th1 позвонка на фоне поражения его литической опухолью, антелистез С7 позвонка

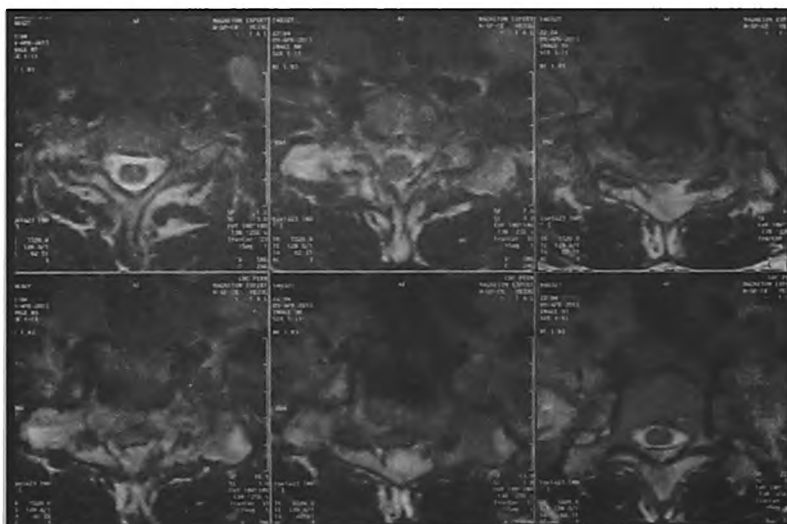


Рис. 2. МРТ шейного отдела позвоночника при поступлении. Аксимальная проекция. Демонстрация перелома Th1 позвонка на фоне поражения его литической опухолью, антелистез С7 позвонка

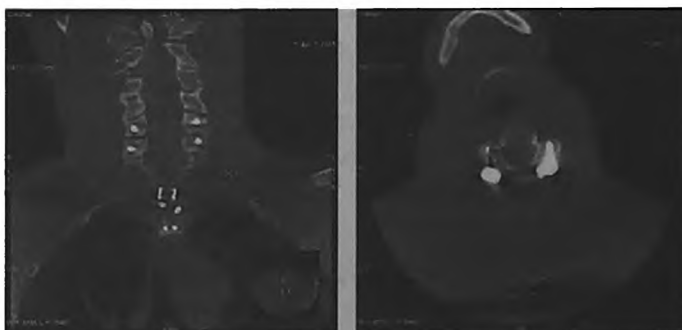


Рис. 3,4. Послеоперационный ПД-контроль. Демонстрация установленных в боковые массы С5, С6, тела Th1-2 винтов

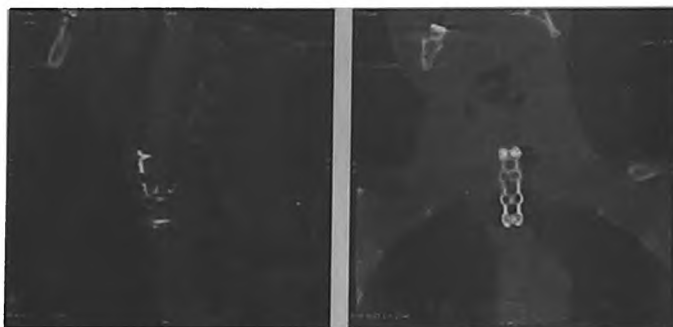


Рис. 5,6. Послеоперационный ПД-контроль. Установка межтелового импланта C7-Th2, вентральной пластины.

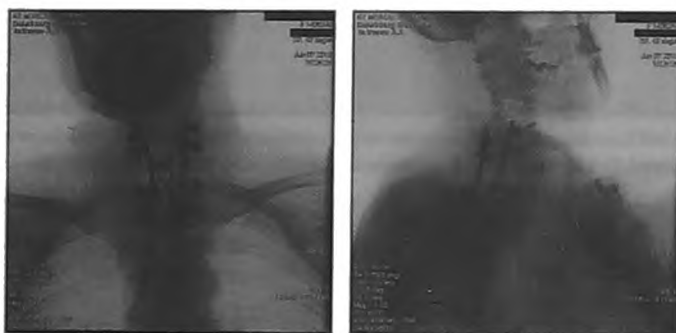


Рис. 7,8. Послеоперационный ПД-контроль адекватности установки системы.

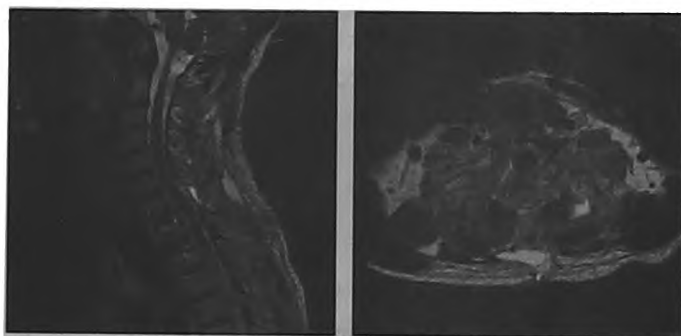


Рис. 9,10. Послеоперационный МРТ-контроль.



Рис. 11. Фрагмент стекла с биопсийным материалом. Плазмоцитом.

Литература:

1. Гринберг М.С. *Нейрохирургия / Марк С. Гринберг; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 1008 с. : ил.*
2. *Нейрохирургия. Европейское руководство: в 2 томах / Х. Лумента и др.; пер. с англ. под ред. Д.А. Гуляева. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. Т. 1. – 392 с.: ил.*
3. *Нейрохирургия. Европейское руководство: в 2 томах / Х. Лумента и др.; пер. с англ. под ред. Д.А. Гуляева. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. Т. 2. – 360 с.: ил.*